

Bitte vollständig ausfüllen und ausdrucken.
Danach bitte unterschreiben und an uns zurückschicken.

Schadenanzeige zur Unfallversicherung Nr.

Schadenart

- Arbeits-Unfall Freizeit-Unfall Sonstiges ▷

Schadentag

Uhrzeit

Schaden-Nummer

Schadenort (ggf. PLZ, Straße, Haus-Nr.)

Versicherungsnehmer: Name, Anschrift, Telefon, Fax

Lieber Kunde,

bei Eintritt eines Schadenfalles trägt die umgehende Übersendung dieser Schadenanzeige dazu bei, dass uns – auch in Ihrem Interesse – die zügige Bearbeitung möglich wird.

Ihre KRAVAG

Zahlung erbeten auf: IBAN

BIC

Ihr Aktenzeichen

Kontoinhaber

Verletzte Person: Name, Anschrift, Telefon (tagsüber)

Geburtsdatum

Alkoholgenuss vor dem Unfall

- nein ja

Derzeitige Berufstätigkeit

Selbständig

- nein ja

Gesundheitszustand vor dem Unfall: Art der Krankheiten, Leiden, Gebrechen, frühere Unfälle

Vollständig gesund: ja nein ▷

Art der Verletzungen:

Krankenhaus

- nein
 ja, ▷ ambulant
 stationär

Dauer

Behandelnder Arzt/Krankenhaus: Name, Anschrift, Telefon

Schadenhergang: evtl. auch Zeugen

Polizeiaufnahme? Dienststelle (Anschrift), Tagebuch-Nr.

nein ja ▷

Meldung an die Berufsgenossenschaft? Name, Anschrift

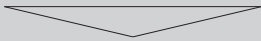
nein ja ▷

Bestehen weitere Unfallversicherungen? Gesellschaft (Anschrift, Vers.-Nr.)

nein ja ▷

Wo ist die verletzte Person krankenversichert? Name, Anschrift

Dieses Anschriftenfeld eignet sich zum
Versand in Fensterbriefhüllen



An
KRAVAG-SACH
– Unfallschaden –
Heidenkampsweg 102
20097 Hamburg

Eingangsstempel

Ergänzende Anmerkungen:

Hinweis zum Datenschutz:

Wir müssen die uns mitgeteilten personenbezogenen Daten in unseren Systemen speichern. Der Schutz und der sorgfältige Umgang mit personenbezogenen Daten ist uns dabei besonders wichtig. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung für die Leistungsbearbeitung in der Unfallversicherung erläutert die Verarbeitung von personenbezogenen Daten bei den Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe. Sie finden es unter www.ruv.de/datenschutz/merkblatt-unfallversicherung oder können es bei der KRAVAG-SACH Versicherung VaG anfordern.

Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Wir wollen Ihre Ansprüche zeitnah prüfen. Hierzu benötigen wir von den Ärzten, die Sie unfallbedingt behandelt haben, ergänzende Informationen. Ohne eine Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht können wir Ihre Ansprüche nicht prüfen.

Wir bitten Sie, die beigefügte allgemeine Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung zu unterschreiben.

Alternativ besteht die Möglichkeit, dass wir Sie informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden ob Sie:

- in die Erhebung und Verwendung Ihrer Daten einwilligen oder
- ob Sie die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

Dies würde naturgemäß zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen. Um Mitteilung wird dann gebeten.

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in dem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die KRAVAG-Sach Versicherung des Deutschen Kraftverkehrs VaG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse/die gesundheitlichen Verhältnisse der von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B.: Rechnungen, Verordnungen, Gutachten etc.) oder Mitteilungen (z.B.: eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes etc.) ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist.

Die KRAVAG-Sach VVaG benötigt Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich willige ein, dass die KRAVAG Sach VVaG – soweit es für die Prüfung der Leistungspflicht in dem Versicherungsfall erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten oder die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen, die mich aufgrund des Unfalles behandelt haben, von Ihrer Schweigepflicht, soweit die zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrages an die KRAVAG-Sach VVaG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten oder die Daten der von mir gesetzlich vertretenen Personen durch die KRAVAG Sach VVaG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die KRAVAG Sach VVaG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Soweit sich die vorstehende Erklärung auf die Angaben bei Stellung des Versicherungsantrages beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die KRAVAG Sach VVaG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrages vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsabschluss.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die KRAVAG Sach VVaG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden.

Ich willige ein, dass die KRAVAG Sach VVaG meine Gesundheitsdaten oder die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten oder die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die KRAVAG Sach VVaG zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten oder die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die KRAVAG Sach VVaG tätigen Personen und die Gutachter von Ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Wir sind verpflichtet, Sie auf die Einhaltung bestimmter Leistungsvoraussetzungen (siehe Anlage „Wichtige Fristenhinweise“) hinzuweisen.

Bestätigen Sie bitte den Erhalt dieser Belehrung mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers / der versicherten Person

Sie sind verpflichtet, wahre und vollständige Angaben zu machen. Eine Nichtbeachtung dieser Verhaltenspflichten (Obliegenheiten) hat für Sie die folgenden Konsequenzen:

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Verletzen Sie eine der Obliegenheiten grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Ist im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten diese weder für den Eintritt oder die Feststellungen des Versicherungsfalles, noch für die Feststellungen oder den Umfang unserer Leistungspflichten ursächlich, bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Letzteres gilt jedoch nicht für den Fall, dass Sie arglistig gehandelt haben.

Einfach fahrlässige Verletzungen einer Obliegenheit haben keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person oder des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Wichtige Fristenhinweise (für Ihre Unterlagen)

Beachten Sie bitte die jeweils für Ihren Vertrag gültigen **Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB)**, die Ihnen mit dem Versicherungsschein übersandt worden sind. Der vereinbarte Versicherungsumfang ergibt sich aus dem Ihnen vorliegenden Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den jeweiligen AUB.

Bitte beachten Sie auch die in den jeweiligen AUB genannten „**Obliegenheiten bei Eintritt eines Unfalles**“ sowie die in den jeweiligen AUB genannte „**Aufstellung der möglichen vereinbarten Versicherungsarten und deren Leistungsvoraussetzungen**“.

Auf folgende **Leistungsvoraussetzung** machen wir Sie besonders aufmerksam:

Invaliditätsleistung:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit (**Invalidität**) der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft (länger als 3 Jahre) beeinträchtigt ist und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

- Die Invalidität ist innerhalb **von 15 Monaten** nach dem Unfall eingetreten.
- Die Invaliditätsfeststellung ist innerhalb von **15 Monaten** nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich erhoben worden (mit Angabe eines konkreten Gesundheitsschadens, mit Feststellung einer konkreten Beeinträchtigung, mit Prognose der Dauerhaftigkeit sowie der Unfallkausalität).
- Der Invaliditätsanspruch ist innerhalb von **15 Monaten** nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend zu machen, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer dauerhaften Funktionsbeeinträchtigung (Invalidität) ausgehen.

Wird die Frist für die schriftliche ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruches auf Invaliditätsleistung führen.

Durch individuelle einzelvertragliche Vereinbarung kann die oben genannte Frist zur Geltendmachung eines Invaliditätsanspruches (15 Monatsfrist) abweichend geregelt sein.

Bitte beachten Sie hierzu die jeweils für Ihren Vertrag gültigen Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB), die Ihnen mit dem Versicherungsschein übersandt wurden.

Nur wenn eine derartige einzelvertragliche Regelung vereinbart ist, gilt folgender Hinweis:

Invaliditätsleistung:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entsteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit (**Invalidität**) der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft (länger als 3 Jahre) beeinträchtigt ist und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

- Die Invalidität ist innerhalb von **18 oder 24 Monaten** nach dem Unfall eingetreten.
- Die Invaliditätsfeststellung ist innerhalb von **18 oder 24 Monaten** nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich erhoben worden (mit Angabe eines konkreten Gesundheitsschadens, mit Feststellung einer konkreten Beeinträchtigung, mit Prognose der Dauerhaftigkeit sowie der Unfallkausalität).
- Der Invaliditätsanspruch ist innerhalb von **18 oder 24 Monaten** nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend zu machen, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer dauerhaften Funktionsbeeinträchtigung (Invalidität) ausgehen.

Wird die Frist für die schriftliche ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruches auf Invaliditätsleistung führen.

Unfall-Rente: (sofern versichert) – ab AUB 2008

Es gelten die gleichen Anspruchsvoraussetzungen wie zur Invaliditätsleistung.

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50%.

Die Versicherungssumme wird – unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person zum Unfalltag – in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme monatlich gezahlt. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder Mehrleistungen werden für die Feststellung der Leistungshöhe nicht berücksichtigt.

Verbesserte Übergangsleistung (3 Monate): (sofern versichert) – ab AUB 2008

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- ununterbrochen länger als 3 Monate ab dem Unfalltag
- zu 100 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 4 Monaten ab dem Unfalltag bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 3 Monaten ausgehen.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruches auf Übergangsleistung führen. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie den Unfall bei uns gemeldet haben.

Übergangsleistung (6 Monate): (sofern versichert) – ab AUB 99/2008

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- ununterbrochen länger als 6 Monate ab dem Unfalltag
- zu mindestens 50 % in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten ab dem Unfalltag bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruches auf Übergangsleistung führen. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie den Unfall bei uns gemeldet haben.

Haben Sie bereits Leistungen zur „Verbesserten Übergangsleistung“ erhalten, wird diese Zahlung auf den Anspruch der „Übergangsleistung“ angerechnet.